



UNIVERSIDAD DEL AZUAY
FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA
EDUCACIÓN
ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**TEMA: “DEPENDENCIA EMOCIONAL Y SU RELACIÓN
CON LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN VARONES
DROGODEPENDIENTES. ESTUDIO EN LA COMUNIDAD
TERAPÉUTICA CENTERAVID DE CUENCA”**

Trabajo de graduación previo a obtener el Título de
Psicóloga Clínica

AUTORA:

CLAUDIA GABRIELA ANDRADE BUÑAY

DIRECTORA:

DRA. AMADA CESIBEL OCHOA PINEDA

CUENCA-ECUADOR

2018

Dedicatoria

La siguiente investigación producto de un gran esfuerzo está dedicada a Dios por ser el pilar fundamental en mi vida, por haberme dado salud y permitirme cumplir una meta importante en mi vida.

A mis padres, por los valores inculcados a lo largo de mi vida. A mi madre Isabel, por ser mi soporte en todo momento, por guiarme e indicarme el camino correcto que debo seguir, para ser una persona de bien, sobre todo por su amor incondicional. A mi padre Félix, por ser un modelo de constancia y perseverancia para salir adelante, pero sobre todo por su inmenso amor.

Claudia Andrade

Agradecimiento

Mi merecido agradecimiento a la Universidad del Azuay, entidad que abrió sus puertas para adquirir conocimiento y de esa manera poder formarme como Psicóloga Clínica, además un sincero agradecimiento a mi directora de tesis Dra. Amada Cesibel Ochoa Pineda por su apoyo educativo en la elaboración de este trabajo y su contribución en mi crecimiento personal.

A la “Comunidad Terapéutica CENTERAVID”, que me facilitó la recolección y aportación de datos para hacer viable la construcción de esta investigación.

Al economista Manuel Freire, quien colaboró con el análisis estadístico de la presente investigación.

A todos mis familiares y amigos que me apoyaron para que se desarrolle este proyecto que pretende aportar al entendimiento científico del comportamiento humano.

Claudia Andrade

ÍNDICE

Dedicatoria	i
Agradecimiento	ii
ÍNDICE.....	iii
Índice de tablas	v
Índice de figuras.....	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	1

CAPÍTULO I: FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DEPENDENCIA EMOCIONAL EN DROGODEPENDIENTES

1.1 Definición de drogodependencia.....	3
1.1.1 Criterios diagnósticos.....	4
1.2 Dependencia emocional.....	7
1.2.1 Apego y afectividad	7
1.2.2 Definición de dependencia emocional.....	8
1.2.3 Características de la dependencia emocional	9
1.2.4 Factores de la dependencia emocional	10
1.2.5 Género y dependencia emocional.....	10
1.2.6 Perfil psicopatológico de los dependientes emocionales.....	11
1.2.7 Dependencia emocional y abuso de sustancias	12
1.3 Funcionalidad familiar.....	13
1.3.1 Definición de familia	13
1.3.2 Tipos de familias contemporáneas.....	14
1.3.3 Estructura familiar	14
1.3.4 Funcionalidad – Disfuncionalidad	15

1.3.5	Funcionalidad familiar y abuso de sustancias.....	16
1.3.6	Conclusiones	17

CAPÍTULO II: METODOLOGÍA ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

2.1.1	Diseño de investigación.....	19
2.1.2	Población.....	20
2.1.3	Instrumentos	20
2.1.4	Procedimiento de la investigación.....	21
2.2	Análisis de datos.....	21
2.2.1	Resultados estadísticos	22
2.2.1.1	Variables demográficas.....	23
a.	Edad de inicio del consumo de drogas	24
b.	Tipo de droga consumida	24
2.2.1.2	Cuestionario de dependencia emocional	25
	Escala global del cuestionario de dependencia emocional.....	25
	Factores del cuestionario de dependencia emocional.....	26
2.2.1.3	Cuestionario de funcionamiento familiar (FF-SIL).....	27
	Dimensiones del cuestionario de funcionalidad familiar FF-SIL	28
	Comparación entre disfunción familiar y dependencia emocional.....	31
	Relación entre el tipo de droga consumida y la dependencia emocional.....	32
	Pruebas de chi-cuadrado de Pearson	32
HIPÓTESIS.....		33
	Pruebas de chi-cuadrado de Pearson	33

CAPÍTULO 3: DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Funcionalidad familiar de los pacientes	34
Dependencia emocional de los pacientes	35

Relación entre el tipo de droga y la dependencia emocional	36
Disfunción familiar y dependencia emocional	36
Conclusiones	36
Recomendaciones	37
5. Biografía	38
6. Anexos	43
Anexo 1. Cuestionario de funcionamiento familiar (FF-SIL)	43
Anexo 2. Cuestionario de dependencia emocional	44
Anexo 3: Operacionalización de variables	45

Índice de tablas

Tabla 1. Variables demográficas de los pacientes	23
Tabla 2. Edad de inicio del consumo de drogas de los pacientes	24
Tabla 3. Tipo de droga consumida por los pacientes	24
Tabla 4. Factores del cuestionario de dependencia emocional.....	26
Tabla 5. Distribución de la cohesión familiar.....	28
Tabla 6 Distribución de la armonía familiar.....	28
Tabla 7 Distribución de la comunicación familiar	29
Tabla 8 Distribución de adaptabilidad familiar	29
Tabla 9 Distribución de la afectividad familiar	30
Tabla 10 Distribución del rol familiar	30
Tabla 11 Distribución de la permeabilidad familiar.....	31
Tabla 12. Comparación entre disfunción familiar y dependencia emocional	31
Tabla 13. Relación entre el tipo de droga consumida y la dependencia emocional	32

Índice de figuras

Figura 1. Escala global del cuestionario de dependencia emocional	25
Figura 2. Tipos de familias de los pacientes.....	27

RESUMEN

La presente investigación está orientada a identificar la relación entre la dependencia emocional y la funcionalidad familiar en varones diagnosticados con dependencia al consumo de sustancias en la “Comunidad Terapéutica CENTERAVID”. Para el efecto se aplicó el Cuestionario de Funcionamiento Familiar (FF-SIL) y el Cuestionario de dependencia emocional (CDE) a 60 pacientes. Los resultados mostraron que el 80% de la población evaluada tiene dependencia emocional alta y el 66,67% provienen de familias disfuncionales. Los resultados corroboran que a mayor disfuncionalidad familiar en drogodependientes mayor dependencia emocional. Con estos resultados se pretende contribuir al análisis profundo de este fenómeno.

Palabras claves: Drogas, sustancias psicoactivas, dependencia emocional, funcionamiento familiar.

ABSTRACT

The present investigation aimed at identifying the relationship between emotional dependence and family functionality in males diagnosed with dependence on substance use at the "Comunidad Terapéutica CENTERAVID". The Family Functional Questionnaire (FF-SIL) and the Emotional Dependence Questionnaire (CDE) were applied to 60 patients. The results showed that 80% of the evaluated population had high emotional dependence and 66.67% came from dysfunctional families. The results corroborated that a greater family dysfunction in drug addicts caused greater emotional dependence. With these results it was intended to contribute to the deep analysis of this phenomenon.

Keywords: Drugs, psychoactive substances, emotional dependence, family functioning.



Ing. Paúl Arpi
Traductor

INTRODUCCIÓN

En la actualidad el consumo de sustancias aumenta cada día, siendo uno de los mayores problemas sociales y de salud, que afecta a un sinnúmero de individuos en el mundo. La familia constituye un componente determinante en el origen y evolución de la drogodependencia. Sin embargo, un problema de este tipo genera en la familia una codependencia, considerado como una patología independiente (Espinoza, 2015). La dependencia emocional, es por lo tanto, la necesidad excesiva de amor que siente una persona hacia otra, especialmente esto ocurre en una relación de pareja (Castelló, 2000).

En investigaciones revisadas previamente, se pudo apreciar que los estudios realizados sobre funcionalidad familiar y dependencia emocional centradas en varones que padecen de drogodependencia son pocas. Diversos estudios han relacionado la problemática de la dependencia emocional con varios factores que comprenden desde el apego hasta la baja autoestima. Siendo la población más estudiada la de género femenino. Sin embargo, es necesario determinar las manifestaciones de este fenómeno en varones, dado que es un elemento predictor para mejorar los planes de intervención y de tratamiento tanto individual como de pareja. Está ha sido la principal motivación del presente estudio iniciada por las practicas desempeñadas en la “Comunidad Terapéutica CENTERAVID”.

Producto del trabajo con los internos surgieron las siguientes preguntas: ¿A qué edad se da el inicio del consumo?, ¿existe dependencia emocional en los pacientes?, ¿cuál es el grado de dependencia emocional?, ¿cómo perciben a su familia?, ¿existe relación del tipo de droga consumida y la dependencia emocional?, ¿existe relación entre la dependencia emocional y la disfunción familiar?.

Es así que el primer capítulo aborda los conceptos concernientes a las drogodependencias, dependencia emocional y funcionalidad familiar.

El segundo capítulo se centra en las características metodológicas de la investigación y los resultados obtenidos que confirman la relación entre dependencia emocional y funcionalidad familiar. Para el efecto en la investigación de campo se aplicó el Cuestionario de Dependencia Emocional (CDE) y el Cuestionario de Funcionalidad Familiar (FF-SIL), a 60 pacientes drogodependientes de la “Comunidad Terapéutica CENTERAVID” de Cuenca. Los resultados exponen los diferentes niveles de dependencia emocional, la funcionalidad familiar y el tipo de droga más consumida. Estos

resultados junto con el marco teórico nos permitieron crear relaciones de comorbilidad que se hallan reflejadas en esta investigación.

Finalmente en el tercer capítulo se hace énfasis en la discusión de los resultados, conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I

FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DEPENDENCIA EMOCIONAL EN DROGODEPENDIENTES

A lo largo de este capítulo se abordará el tema de las drogas, seguido de la dependencia emocional, para finalizar con la funcionalidad familiar. Se enfatiza su relación directa en la rehabilitación de los pacientes y su post-rehabilitación, tomando en cuenta que estas variables forman parte del relacionamiento de las personas.

1.1 Definición de drogodependencia

En la actualidad uno de los mayores problemas de salud y de nuestra sociedad, son las adicciones, que afecta diariamente a millones de personas en el mundo. El problema de la drogodependencia requiere un abordaje multideterminado el cual permita tener en cuenta factores genéticos, psicosociales, ambientales y de los microsistemas (individuales y familiares), poniendo énfasis en los factores familiares, ya que se considera a la familia como el primer grupo que recibe las consecuencias que producen las adicciones de sus integrantes (Hernández, Mayrén, Ruíz, & Vargas, 2014).

“Según la Organización Mundial de la Salud (2004)”, se define como droga a toda sustancia que introducida en el organismo mediante cualquier vía de administración, produce una alteración en el funcionamiento del sistema nervioso central del individuo, además crea dependencia psicológica, física o ambas. Según el DSM-IV, se define droga a “toda sustancia que al ser introducida en el organismo por cualquier vía (ingestión, inhalación de gases, intramuscular, endovenosa, etc.), actúa sobre el sistema nervioso central del consumidor, generando un cambio en su comportamiento, ya sea una alteración física o intelectual o una modificación de su estado psíquico” (Asociación Americana de Psiquiatría, 1995).

Además en el CIE-10 (1992), se define a la drogadicción como un acumulado de manifestaciones cognitivas, comportamentales y fisiológicas, llegando al punto de que la utilización de una droga o de un tipo de ellas, se vuelve prioridad para la persona. “La característica del síntoma de dependencia es el deseo intenso de ingerir alcohol, tabaco o sustancias psicotrópicas” (OMS, 1992).

Tipos de drogas

Según Barrionuevo (2017), los tipos de drogas se los puede clasificar de la siguiente manera:

- a) **Legales:** Usadas por la mayoría de la población, entre las drogas frecuentemente consumidas se encuentra bebidas alcohólicas, tabaco, esteroides y fármacos.
- b) **Ilegales:** Su consumo está prohibido por la ley, se dividen en tres grupos. Narcóticos o depresores, actúa en el sistema nervioso central adormeciendo los sentidos (marihuana, el opio, heroína y la morfina). Estimulantes, provoca parálisis muscular, problemas respiratorios y aceleran el ritmo cardiaco (cocaína y anfetaminas). Alucinógenos, provoca mareos, excitación y visiones de formas y colores vivos y cambiantes (éxtasis y L.S.D).

La mayoría de consumidores han pasado del consumo de drogas legales a ilegales. En una investigación realizada por Rubio (2015), se encontró que el 62,2% ha tomado alcohol en alguna etapa de su vida y un 26,2% a probado tabaco, reflejando que los consumidores inician su consumo probando drogas legales.

Varias investigaciones relacionan las variables demográficas con el consumo de sustancias, entre la más relevante se encuentra el estudio realizado por Patiño y Placencia (2017), en el cual se puede observar que el 69,6% de las personas pertenece al grupo de edad de 18 a 30 años, el 57,1% tiene una escolaridad secundaria, el 52,4% son solteros, y la mayoría de pacientes pertenecen a un estrato socio económico medio. Otros estudios relacionan la edad de inicio del consumo de drogas entre los cuales se encuentran: la investigación realizada en México, sobre funcionalidad familiar y consumo de alcohol en la que se obtuvo como resultados que la edad promedio para el consumo de alcohol es de 11,9 años (Alonso, Yañez, & Armendáriz, 2017). Mientras que Rubio (2015), afirma que el consumo se inicia en la etapa de la adolescencia aproximadamente entre las edades de 15 y 17 años.

1.1.1 Criterios diagnósticos

Existen cambios del DSM-IV al DSM-V, los cuales se centran en la eliminación de las categorías de abuso de sustancia y dependencia de sustancias, sustituyéndolas por la nueva categoría la adicción y los trastornos relacionados. Esta incluye los trastornos por uso de sustancias, con cada sustancia adictiva determinada en su propia categoría (ejemplo: “trastorno por consumo de alcohol).

Criterios diagnósticos DSM-V

“Según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-V (2013, pp. 483-484)” la drogodependencia se evidencia en:

- A. Patrón problemático de consumo de la sustancia que provoca deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:
1. La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prologando del que inicialmente se pretendía.
 2. Existe un deseo persistente o esfuerzos frustrados de controlar o abandonar el consumo de la sustancia.
 3. Empleo de mucho tiempo en actividades para conseguir la sustancia, consumir o recuperarse de sus efectos.
 4. Deseo intenso de ingerir la sustancia.
 5. El consumo recurrente de la sustancia lleva al incumplimiento de los deberes en el trabajo, la escuela o el hogar.
 6. Consumo continuado a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes.
 7. Abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
 8. Consumo de la sustancia en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
 9. Consumo de forma continuada a pesar de ser consciente que padece un problema físico o psicológico recurrente, que aparentemente puede originar o exacerbar por el consumo de la sustancia.
 10. Tolerancia definida por cualquiera de los siguientes hechos:
 - Necesidad de consumir cantidades cada vez mayores para conseguir el afecto deseado.
 - Efecto notablemente reducido tras el consumo continuo de la misma cantidad.
 11. La abstinencia, manifestada por algunos de los siguientes hechos:
 - Presencia del síndrome de abstinencia característico para cada sustancia.
 - Consumo de la misma sustancia (o alguna sustancia muy similar) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

Criterios diagnósticos CIE-10

Seguidamente se transcriben los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), a través del CIE-10 (1992, pp. 103-104).

El diagnóstico de dependencia sólo debe hacerse si en algún momento en los doce meses previos o de un modo continuo han estado presentes tres o más de los rasgos siguientes:

- a) Deseos intensos o vivencia de una compulsión a consumir una sustancia.
- b) Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia o alcohol (unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras para poder terminarlo).
- c) Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia por reducción o cese del consumo de la misma.
- d) Tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos que originalmente producirían dosis más bajas.
- e) Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, a causa del consumo de la sustancia. Aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos.
- f) Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, tal y como daños hepáticos por consumo excesivo de alcohol, estados de ánimo depresivos consecutivos a períodos de consumo elevado de una sustancia o deterioro cognitivo secundario al consumo de la sustancia.

El consumo de drogas puede tener un efecto directo sobre la conducta, actitudes y percepciones. Además se ve afectada la parte emocional, a corto plazo por medio de ataques de ansiedad, temor e irritabilidad; a largo plazo se puede presentar mediante ataques de pánico, desinterés, paranoia y depresión (Salazar & Quintero, 2004).

1.2 Dependencia emocional

Para poder entender la dependencia emocional es necesario tratar previamente los temas concernientes al apego y la afectividad, para luego centrarnos en el tema referente a la de dependencia emocional.

Desde el momento en que nacemos necesitamos establecer lazos afectivos los cuales perdurarán toda la vida, influyendo en la manera en que nos relacionemos con los demás.

1.2.1 Apego y afectividad

El apego es un lazo afectivo que se establece a partir de los primeros instantes de vida entre el hijo y la persona encargada de su cuidado. Cumpliendo un rol clave en el desarrollo psicológico del niño y en la formación de su personalidad (Zavaleta & Echeverri, 2014). Bowlby (1992), especifica que el apego hace referencia al conjunto de conductas del niño que tienen como objetivo la búsqueda de proximidad con una o varias personas adultas, a las cuales las denomina “figuras de apego” (Rodríguez, 2013).

Según Bowlby (1977), el apego seguro se da cuándo la figura de apego se muestra disponible, brindando los cuidados y atenciones necesarias. Por el contrario, si los padres se muestran distantes o dan muestras de rechazo hacia su hijo o se muestran demasiado pendientes se desarrolla un apego inseguro. El apego ansioso, surge cuando el infante sufre al imaginar que la figura de apego puede separarse de él, aferrándose al objeto de amor. En cambio los niños con un apego evitativo han asumido que no pueden contar con sus cuidadores, provocándoles sufrimiento.

El apego seguro, permite en la vida adulta formar vínculos afectivos estrechos y espontáneos, no les provoca miedo el abandono, la dependencia es recíproca y no les preocupa estar solos. Mientras que las personas que desarrollaron un apego inseguro evitan la intimidad, no se sienten queridas y suelen tener una alta carga de frustraciones e ira. Los adultos con apego ansiosos, les resulta difícil relacionarse con los demás, esperan recibir más vinculaciones o intimidad de la que ellos proporcionan, también sienten temor de que su pareja no los ame o los desee realmente, este estilo de apego se encuentra relacionado con la dependencia emocional. Por otro, lado el apego evitativo, genera fuertes represiones y generan dificultades al momento de construir lazos de intimidad con los otros (Briceño, 2014).

La afectividad, hace referencia a la capacidad que tiene un individuo de reaccionar ante los estímulos que procedan del medio “interno o externo” y cuyas expresiones se dan mediante los sentimientos y las emociones (Villalobos, 2014). Yepes (1996), describe a la afectividad como una zona intermedia entre las emociones y la razón, o entre las funciones propiamente sentivas y las espirituales o racionales.

La afectividad se determina por el placer o displacer, con el apego y con los sentimientos. Los cuales son procesos motores que se crean en el propio cuerpo que complacen sentir dichas vivencias. Para que la afectividad tenga éxito se requiere de la estimulación de impulsos fijos.

Autores como Ninabanda y Valdez (2018), afirman que la afectividad tiene los siguientes impulsos:

- a) **Polaridad:** Hace referencia a polos apuestos, estos pueden ser positivo o negativo o ir de lo agradable a lo desagradable.
- b) **Intimidad:** Relación muy estrecha entre una situación profunda y personal.
- c) **Profundidad:** Grado de importancia que la persona le asigna al objeto.
- d) **Intencionalidad:** Se dirige a un fin este puede ser positivo o negativo.
- e) **Nivel:** Unos pueden ser bajos mientras que otros son elevados.
- f) **Temporalidad:** Se encuentra subyugado a un tiempo (inicio y fin).
- g) **Intensidad:** Diferentes grados o fuerzas (risa, sonrisa, carcajada, entre otras).
- h) **Amplitud:** Compromete a toda la personalidad del sujeto.

Teniendo en cuenta los conceptos de apego y afectividad, seguidamente nos dirigiremos a tratar el tema de la dependencia emocional.

1.2.2 Definición de dependencia emocional

Antes de tratar el tema de la dependencia emocional se debe hablar sobre el amor.

El amor es una emoción complicada de entender, es un sentimiento intenso del ser humano hacia otra persona, procuran ser correspondido en relación al deseo de unión, que los complemente, los alegre y de energía para entenderse, comunicarse y crear (Real Academia Española, 2014). Por otro, lado Iturralde (1994), definió al amor como algo

limpio, sincero, inteligente, que tiene como fin buscar siempre el bienestar de la persona amada (Ardavín, 1994).

Durante la etapa del enamoramiento la mayoría de parejas tiene la necesidad de permanecer juntos, construir recuerdos y compartir experiencias, de esa manera pueden ser felices cuando están juntos y cuando están separados. Pero cuando se presenta un deseo intenso de mantenerse juntos en todo momento refleja la carencia afectiva que posee uno de los integrantes de la relación (Moral, Villa, & Sirvent, 2009).

La dependencia emocional hace referencia a un patrón constante de necesidades emocionales insatisfechas, las cuales pretenden ser cubiertas de una manera desadaptativa con otras personas, caracterizada por las demandas excesivas de afecto y relaciones desequilibradas, en las que predomina la sumisión y la idealización de la pareja. Tratan de compensar las carencias afectivas experimentadas en la infancia en los sistemas familiares disfuncionales, lo que conlleva a mantener las relaciones afectivas inestables (Aguilera & Llerena, 2015).

1.2.3 Características de la dependencia emocional

Según Bornstein (1992), las características de los dependientes emocionales son las siguientes:

- Tienen sentimientos de protección, apoyo, solidaridad, entrega total.
- Dentro de los roles de la relación se encuentra el amo y el esclavo, siendo este último quien ofrece protección y sacrificio para mantener la felicidad del amo.
- Tienen una personalidad influenciable.
- Son individuos narcisistas e incapaces de expresar amor.
- Satisfacen las peticiones de los demás.
- Tiene que existir la exclusividad de la pareja.
- Elijen indebidamente a sus parejas.
- No poseen asertividad.

1.2.4 Factores de la dependencia emocional

Según Muñoz (2016), los elementos de la dependencia emocional que desempeñan un papel importante en el desarrollo adecuado o distorsionado de la persona son:

- Carencia afectiva: se identifica por la inseguridad y el abandono, los cuales se encuentran presentes en los primeros años de vida.
- Una vida llena de abandono en situaciones hostiles y perjudiciales.
- Personalidad dependiente (necesita constantemente de tener a alguien a su lado).

1.2.5 Género y dependencia emocional

El género hace referencia a la manera en cómo la sociedad define lo que es un varón y una mujer, es decir el género es una construcción social y cultural.

En nuestra sociedad existen varios estereotipos relacionados al género. A la mujer se la relaciona con el mundo emocional (afecto, cuidado, dependencia y atención), mientras que al hombre con el mundo racional (trabajo, la economía, dominancia y superioridad). De esta manera se identifica que el género femenino se siente responsable de que su relación se mantenga o fracase (López, 2007).

La dependencia emocional en el género femenino habitualmente tiene su inicio en la niñez, en un contexto familiar donde la niña se siente menospreciada, discriminada y atemorizada. Al ser criada en estas condiciones hostiles, crece con un bajo autoestima y sentimientos de incertidumbre. La mujer adulta que se somete al hombre es la niña que se ha hecho grande, sin haber superado las experiencias traumáticas que vivió en su infancia (Aiquipa, 2015). La mujer dependiente emocional se vuelve codependiente de la pareja, ya que busca en el apoyo, protección y la seguridad que no encuentra en sí misma. Incluso perdona las agresiones y no contempla la idea de dejar la relación, por miedo a quedarse sola (Rodríguez, 2013). Es importante resaltar que en un estudio realizado por la Fundación Internacional Espiral sobre la dependencia emocional, se obtuvo como resultado que el 75% de los dependientes emocionales son mujeres, sin embargo, existe una incidencia del 10% que refleja estos comportamientos patológicos en la población masculina (Vazquez, 2010).

Es posible que en el género masculino sea más sutil al momento de expresar sus sentimientos, esto puede ocurrir por la incapacidad de exteriorizar o por el miedo a ser juzgado. Un hombre dependiente emocional busca satisfacer las necesidades que tiene.

Vázquez (2010), clasifica las necesidades del dependiente emocional de la siguiente manera:

- Demostración de cariño: su pareja debe ser constante al confirmar su afecto (decirles que son queridos y útiles en las labores que desarrollan).
- Control de la pareja: deben saber en dónde se encuentra su pareja, caso contrario si no saben en dónde está su pareja, entran en un período de angustia difícil de controlar.

Una investigación realizada en México, sobre dependencia emocional, obtuvo como resultados que el 1,35% de los hombres buscan más la atención de su pareja y el 2,38% muestran más “ansiedad de separación” (Laca & Mejía, 2017).

1.2.6 Perfil psicopatológico de los dependientes emocionales

Las adicciones no solo se centran en el consumo de sustancias, sino que existen hábitos de conductas que se las consideran inofensivas, pero en determinadas circunstancias pueden convertirse en adictivas. Santamarí et al. (2015), señalan que estos individuos tienen:

- Miedo a la soledad.
- Baja tolerancia a las frustraciones y al aburrimiento.
- Vacío emocional.
- Deseos de autodestrucción e idealización o intentos de suicidio.
- Baja autoestima.
- Autoconcepto negativo hacia sí mismos.

Lemos, Jaller, González, Díaz, y Ossa (2012), afirman que las personas con dependencia emocional tienen esquemas desadaptativos de desconfianza, creencias paranoides, y que se encuentra relacionado con la modificación de planes.

1.2.7 Dependencia emocional y abuso de sustancias

Existen adicciones sin sustancias entre las cuales se encuentra la adicción al amor. Al compararlo con el modelo tradicional de los trastornos relacionados al consumo de sustancias, se ha encontrado varias coincidencias, las cuales justifican su denominación de adicción. Entre las particularidades que comparten con las adicciones son: la necesidad irresistible de tener pareja y de estar con ella, prioriza a la pareja con relación a otra actividad, preocupación constante por acceder a la persona amada en caso de no encontrarse presente (dependencia), en caso de ruptura se genera un sufrimiento destructor reflejando la abstinencia, se presenta episodios depresivos o ansiosos, sensación de frustración, hostilidad, baja autoestima y utilizan la adicción para subsanar carencias psicológicas (Sánchez, 2016).

Es importante indicar la diferencia entre adicción al amor y dependencia emocional, en la adicción amorosa se genera una dependencia real hacia el objeto de adicción en este caso sería hacia la pareja. Mientras, que el dependiente emocional no necesita tener una relación de pareja para serlo, incluso puede estar asintomático (entendiendo como el síntoma a la adicción), y que solo cuando tienen una relación amorosa destructiva se convierte en un adicto al amor. Esta diferencia permite realizar una planificación adecuada: si atendemos a una persona con tendencia adictiva al amor y que actualmente no se encuentre en una relación, quizá la planificación se base en una prevención de recaídas dentro del planteamiento cognitivo-conductual. Por otro lado, si se tratase de un dependiente emocional, nos enfocaríamos en la intervención, comprensión y reestructuración de su personalidad, mediante la utilización de técnicas interpersonales, psicodinámicas o de reestructuración cognitiva centrado en sus creencias nucleares (Castelló, 2001).

Varios estudios relacionan la dependencia emocional con el consumo de sustancias. En una investigación realizada en Venezuela, se pudo observar que el 51,9% tienen dependencia emocional y el 66,8% ha consumido drogas, reflejándose la relación entre estas dos variables (Hernández, 2016).

Otras investigaciones relacionan la funcionalidad familiar con la dependencia emocional. La investigación realizada por Mallma (2016), sobre relaciones intrafamiliares y la dependencia emocional, obtuvo como resultados que el 25,7% evidencia relaciones intrafamiliares disfuncionales y el 31,4% presenta dependencia emocional, manifestando que el provenir de familias disfuncionales genera dependencia emocional en la persona.

Teniendo en cuenta que la familia cumple un papel importante en la vida del individuo, se procede a tratar la funcionalidad familiar.

1.3 Funcionalidad familiar

La familia desempeña un rol importante en la vida de cada persona, los miembros sirven de modelos de comportamiento apropiado o inapropiado. El funcionamiento familiar se encuentra relacionado con la capacidad que tiene el grupo familiar de superar los problemas (González, 200). Mientras que en la disfunción familiar prevalecen los conflictos, no existen reglas y los roles no se encuentran definidos correctamente.

1.3.1 Definición de familia

La familia se define como la unión de individuos entre los cuales existe un parentesco de consanguinidad, existe una base afectiva y formativa. Entre ellos comparten valores, principios y nociones de vida (Gómez & Villa, 2014). Lewis (1974, p.147), define a la familia como un contexto natural que en el transcurso del tiempo ha elaborado modelos de interacción. Estas forman la organización familiar, que a su vez administra la labor de los miembros de la familia, definen su conducta y proporciona su interacción recíproca. Por otro lado Minuchin y Fishman (1985), describen a la familia como un grupo que elaboran modelos de interacción en el tiempo, permitiendo la conservación y el progreso de la misma. Comparten las mismas funciones entre ellas la crianza de los hijos, la supervisión y la unión de los miembros. La familia se encuentra en un cambio continuo (Minuchin & Fishman, 2004).

La familia cumple varias funciones, tales como: reproducción, control social, la posibilidad de socializar, protección, canalización de afectos y determinación del estatus, entre otras. La manera de desempeñar estas funciones varían dependiendo de la sociedad en la cual se encuentre el grupo familiar (Pérez & Reinoza, 2011).

1.3.2 Tipos de familias contemporáneas

Minuchin clasifica de la siguiente manera a las familias (Minuchin & Fishman, 2004, pp. 64-68):

- a) **Familias pas de deux:** Conformada por dos miembros (madre e hijo), se genera una dependencia mutua y existe un resentimiento recíproco.
- b) **Familias de tres generaciones:** Más frecuente en la clase social media baja. Se debe diferenciar las funciones y las jerarquías de cada miembro.
- c) **Familias con soporte:** Niños primogénitos toman funciones de crianza sobre los demás niños.
- d) **Familias acordeón:** Uno de los progenitores se ausenta por un tiempo prolongado.
- e) **Familias cambiantes:** Cambio constante de residencia.
- f) **Familias huéspedes:** Miembro de la familia temporaria.
- g) **Familias con padrastros o madrastras:** Cuando un padre adoptivo se integra a la familia tiene que pasar por un proceso de integración.
- h) **Familias con un fantasma:** Dificultades en la reasignación de tareas del miembro faltante.
- i) **Familias descontroladas:** Uno de los miembros muestran sintomatologías en el área del control.
- j) **Familias psicósomáticas:** Uno de los miembros presenta el síntoma y la familia funciona óptimamente cuando alguien está enfermo.

1.3.3 Estructura familiar

La estructura familiar se describe como el conjunto de las relaciones que existen entre los miembros del grupo familiar, es decir hace referencia a las demandas funcionales, a la organización de normas y a las pautas transaccionales que permiten la interacción de cada miembro. Dentro de la estructura familiar se encuentran (Minuchin & Fishman, 1997):

Límites: Establecen quien y como participa cada uno de los miembros, permitiendo la diferenciación entre ellos. Entre los límites se encuentran:

Rígidos: Producen problemas familiares, se basan en un régimen cerrado y autoritario.

Confusos: Ninguno miembro de la familia lleva el control.

Inexistentes: No existen reglas, jerarquías, ni límites en el grupo familiar.

Flexibles: La comunicación y las jerarquías son las adecuadas, permitiendo el correcto funcionamiento familiar. La familia acepta a cada miembro, respetando su individualidad y su autonomía.

Jerarquías: Es la función del poder, en la cual se diferencia los roles que desempeñan cada individuo dentro del grupo familiar. Tienen que estar definidos para evitar problemas en el sistema.

Alianzas: Se basa en la unión de dos miembros de la familia, quienes tienen los mismos intereses, pero no están en contra de nadie.

Coalianza: Con la finalidad de obtener un beneficio dos miembros de la familia se unen contra un tercero.

Normas y reglas: Para que el sistema se desenvuelva adecuadamente dentro de la familia cómo en la sociedad deben existir normas y reglas que son la guía de regulación de los roles y las conductas, permitiendo que el sistema se regule.

1.3.4 Funcionalidad – Disfuncionalidad

“La familia funcional es aquella que promueve el progreso integral de sus miembros, a un estado de salud adecuado” (Moreno, Echavarría, Pardo, & Quiñones, 2014). Minuchin, manifiesta que una familia disfuncional es aquella que a pesar de estar formada con lazos afectivos en común, viven con conflictos, mal comportamiento y habituales abusos por parte de cada miembro de la familia, los cuales hacen sufrir a los otros (Minuchin & Fishman, 1997). También, la cohesión se encuentra afectada, existe una comunicación agresiva y no existe una correcta expresión afectiva (Tigrero, 2017).

1.3.4.1 Indicadores de funcionalidad familiar

Entre los indicadores para medir el funcionamiento familiar se encuentran (Herrera, 1997):

- a. Existe el cumplimiento eficaz de las funciones (economía, biología, cultura y afectividad).
- b. Permiten el desarrollo de la identidad personal y la independencia de sus miembros.
- c. Existe flexibilidad de reglas y roles los cuales permitan la solución de los problemas.
- d. La comunicación debe ser clara, coherente y afectiva permitiendo compartir los problemas.
- e. El sistema familiar debe ser capaz de adaptarse a los cambios.

1.3.4.2 Indicadores de disfuncionalidad

Los indicadores más relevantes de disfunción familiar son los siguientes (Herrera, 1997):

- a. No se cumple adecuadamente las funciones de la familia (económica, biológica, cultural y afectiva).
- b. Limitar la superación y realización personal e individual de los miembros.
- c. El sistema familiar es rígido.
- d. La comunicación no es clara, existen dobles mensajes.
- e. La familia no se adapta a los cambios.

1.3.5 Funcionalidad familiar y abuso de sustancias

En la familia recaen exigencias sociales fuertes: presión económica, disminución de redes sociales que permitan la crianza de los hijos y jornadas largas de trabajo. De tal manera, que el paciente que consume drogas no solo se enfrenta a una sociedad compleja (con poca supervisión y permisiva), sino también, a un sistema familiar que se halla influenciado por un contexto sociocultural complicado (Ruíz, Hernández, Mayrén, & Vargas, 2014).

Dentro de la estructura familiar de personas con abuso de sustancias, existen patrones característicos como: carencia de conceso social (sobre reglas educativas), la valoración

del desempeño individual, la desidealización del lugar del padre, búsqueda constante de la comprensión mutua con los hijos, búsqueda de una complicidad de los padres que solo viven para sus hijos (Jeammet, 2004).

El consumo de drogas involucra factores de riesgo asociados al consumo de sustancias, entre los cuales se encuentra: pertenecer a familias disfuncionales, ausencia de afecto y aceptación, falta de supervisión de los padres, abuso de sustancia por parte de los padres, compañeros o hermanos, la disponibilidad de la droga y la pobreza. También, existen factores protectores: control de impulsos, supervisión paterna, competencia académica, uso de políticas antidrogas y sólidas redes de apoyo (Buela, Ríos, & Carrasco, 1997).

Estudios realizados por Alonso, Yañez y Armendaris (2017), obtuvieron como resultados que el 68,8% provienen de una familia funcional y su consumo es de manera moderada, mientras que el 32% que proviene de una familia disfuncional su consumo es grave.

Rosas (2014), realizó una investigación sobre la percepción familiar de los sujetos drogodependientes, en la cual se obtuvo como resultados que el 50,5% perciben a la familia como moderadamente funcional y un 43,2% como disfuncional.

1.3.6 Conclusiones

El cuadro clínico de las drogodependencias es complejo debido a su amplia evolución. Las adicciones toman formas particulares dependiendo de las variables que lo impulsaron o la mantienen, entre las cuales se pueden encontrar la dependencia emocional y la disfuncionalidad familiar.

Si bien a lo largo de este capítulo hemos expuesto diversas perspectivas y conceptos acerca de las drogodependencias, dependencia emocional y funcionalidad familiar. Todas las definiciones apuntan a una sola: la drogodependencia se caracteriza por el abuso excesivo de sustancias que afectan al sistema nervioso central, comenzando desde el momento que la persona decide usarlas. Por otro lado la dependencia emocional hace referencia a la necesidad de mantenerse juntos en todo momento, con demandas excesivas de afecto. La funcionalidad familiar se centra en la capacidad que tiene el grupo familiar de superar los conflictos.

A pesar de la evidente complejidad del cuadro clínico, es posible que mediante una concepción amplia e integral nos permita afrontar de mejor manera y profesionalismo, permitiéndonos generar mejores estrategias de evaluación, prevención y terapéuticas.

CAPÍTULO II

METODOLOGÍA

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Objetivos

Para el presente estudio se siguieron los presentes objetivos:

Objetivo General

Identificar la relación entre la dependencia emocional y la funcionalidad familiar en varones drogodependientes.

Objetivos específicos

- Identificar la funcionalidad familiar de los pacientes.
- Analizar si existe dependencia emocional de los pacientes con drogodependencia.
- Determinar la relación del tipo de droga consumida y la dependencia emocional.
- Comparar la disfunción familiar respecto a la dependencia emocional en los varones drogodependientes.

HIPÓTESIS

A mayor disfuncionalidad familiar en drogodependientes mayor dependencia emocional.

2.1.1 Diseño de investigación

La presente investigación fue de diseño no experimental, de corte trasversal y de tipo descriptivo – correlacional. La finalidad del estudio es describir la relación entre la dependencia emocional y la funcionalidad familiar.

2.1.2 Población

Se trabajó con el total de los pacientes de la “Comunidad Terapéutica CENTERAVID” (N=60) durante el periodo mayo-junio de 2018. La edad osciló de 18 a 55 años. Todos cumplieron con los criterios de inclusión, que se exponen seguidamente:

Criterios de inclusión

- Adultos entre 18 a 55 años.
- Que tengan un diagnóstico de dependencia a sustancias.
- Firmar el consentimiento informado.
- Haber mantenido una relación de noviazgo en algún momento de su vida.
- Que sean pacientes de la “Comunidad Terapéutica CENTERAVID”.

Criterios de exclusión

- Que no tengan un diagnóstico de dependencia a sustancias.
- Adultos que completen de manera errada los test u omitan respuestas.
- Que no acepten firmar el consentimiento informado.
- Que no hayan mantenido una relación de noviazgo.
- Que no sean pacientes de la Comunidad Terapéutica “CENTERAVID”.
- Que tengan un diagnóstico como psicosis, delirium.

2.1.3 Instrumentos

Cuestionario de dependencia emocional CDE (Lemos & Londoño, 2006): el cuestionario de autoreporte que evalúa la dependencia emocional, en sus distintas manifestaciones. Costa de 23 ítems, con opciones de respuesta de 1 a 6. Evalúa seis factores: ansiedad de separación, expresión afectiva de la pareja, modificación de planes, miedo a la soledad, expresión límite y búsqueda de atención.

Este cuestionario fue construido y validado obteniendo un alfa de cronbach de la escala total de 0.927 (Silbato & Salamanca, 2015). El cuestionario se anexa en el presente documento (ver Anexo 1).

Cuestionario de funcionalidad familiar FF-SIL (Ortega, De la Cuesta, Louro & Bayarre 1999), evalúa las relaciones intrafamiliares y su funcionalidad a través de diferentes dimensiones, que resultan de utilidad para conocer la estructura y dinámica funcional de los miembros de la familia. Este instrumento consiste en 14 situaciones que pueden ocurrir o no a una determinada familia. Para cada situación existe una escala de 5 respuestas. Las dimensiones que evalúa el instrumento son: cohesión, armonía, comunicación, adaptabilidad, afectividad, rol y permeabilidad.

La puntuación final se obtiene de la suma de los puntos por reactivos y permite clasificar a la familia en cuatro tipos: Funcional: 57-70, Moderadamente funcional: 43-56, Disfuncional: 28-42, Severamente disfuncional: 14-27.

Para Núñez & Barros (2009), el alfa de cronbach fue de 0,91; este resultado refleja la alta confiabilidad del cuestionario (ver Anexo 2).

2.1.4 Procedimiento de la investigación

Recolección de datos

1. Se solicitó la autorización para la aplicación de los test en la “Comunidad Terapéutica CENTERAVID” localizada en la ciudad de Cuenca.
2. Se procedió a informar a los pacientes sobre la investigación y así obtener el consentimiento para la aplicación de los test.
3. Los test fueron aplicados de forma colectiva, antes de su llenado se proporcionaron indicaciones pertinentes.
4. La duración de las pruebas fueron de aproximadamente 30 a 45 minutos.

2.2 Análisis de datos

Una vez realizada la recolección de datos a través de los cuestionarios CDE y FF-SIL, se procedió a la calificación de los test, también se utilizó el análisis estadístico, por medio del programa IBM SPSS Statistics versión 24. Para comprobar la hipótesis planteada en el trabajo se utilizó la prueba Chi-Cuadrado.

La operacionalización de las variables se anexa al final del documento (ver Anexo 3).

2.2.1 Resultados estadísticos

La información del presente apartado se ordena de la siguiente forma: variables demográficas, edad del inicio del consumo de drogas, tipo de droga consumida, cuestionario de dependencia emocional, cuestionario de funcionalidad familiar, comparación entre disfunción familiar y dependencia emocional, relación entre el tipo de droga consumida y la dependencia emocional, y por último se encuentra la comprobación de la hipótesis.

2.2.1.1 Variables demográficas

Tabla 1. Variables demográficas de los pacientes

Variable	Valor	n	%
Rango de edad	18 a 25 años	25	41,7%
	26 a 39 años	19	31,7%
	40 a 55 años	16	26,7%
Estrato socioeconómico	Bajo	14	23,3%
	Medio	40	66,7%
	Alto	6	10,0%
Nivel académico	Educación básica	43	71,7%
	Superior	17	28,3%
Estado civil	Soltero	31	51,7%
	Casado	21	35,0%
	Divorciado	8	13,3%
Número de hijos	0 hijos	30	50,0%
	1 hijo	7	11,7%
	2 a 3 hijos	14	23,3%
	3 a 4 hijos	9	15,0%
Pareja actual	Sí	32	53,3%
	No	28	46,7%
Tiempo de relación	1 a 6 meses	2	6,3%
	7 a 12 meses	1	3,1%
	1 a 2 años	11	34,4%
	3 a 5 años	3	9,4%
	5 a 10 años	6	18,8%
	Más de 10 años	9	28,1%

De la Tabla 1., se resumen los siguientes resultados:

- El 41,7% corresponde al grupo de edad de 18 a 25 años.
- El 66,7%, proviene de un estrato socioeconómico medio.
- El 71,7% de los evaluados tiene un nivel académico básico.
- El 51,7% son solteros.
- El 50% no tiene hijos
- El 53,3% tiene pareja.

- El 34,4% tiene una relación de alrededor de 1 y 2 años.

a. Edad de inicio del consumo de drogas:

Tabla 2. Edad de inicio del consumo de drogas de los pacientes

Edad	n	%
12 a 15 años	38	63,4%
16 a 17 años	10	16,7%
18 a 19 años	9	15,0%
20 a 21 años	2	3,3%
22 a 23 años	1	1,7%
Total	60	100,0%

En la Tabla 2., se puede apreciar que el 63,4% ha iniciado el consumo de drogas alrededor de la edad de 12 a 15 años.

b. Tipo de droga consumida

Tabla 3. Tipo de droga consumida por los pacientes

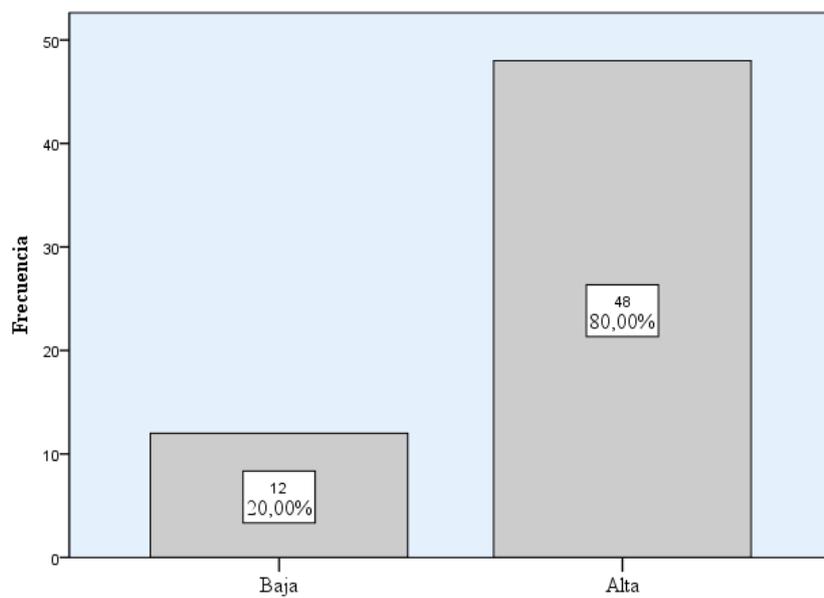
Tipo de droga consumida	n	%
Alcohol	27	45,0%
Tabaco	1	1,7%
Marihuana	4	6,7%
Base de cocaína	6	10,0%
Cocaína	2	3,3%
Varias sustancias	20	33,3%
Total	60	100,0%

En la Tabla 3., se puede observar que del total de evaluados el 45% tiene dependencia al consumo de alcohol; y el 33,3%, dependencia a varias sustancias.

2.2.1.2 Cuestionario de dependencia emocional

Escala global del cuestionario de dependencia emocional

Figura 1. Escala global del cuestionario de dependencia emocional



En la Figura 1., se puede observar que el 80% tienen una dependencia emocional alta y el 20% baja.

Factores del cuestionario de dependencia emocional

A continuación se describen los factores que evalúa el Cuestionario de Dependencia emocional:

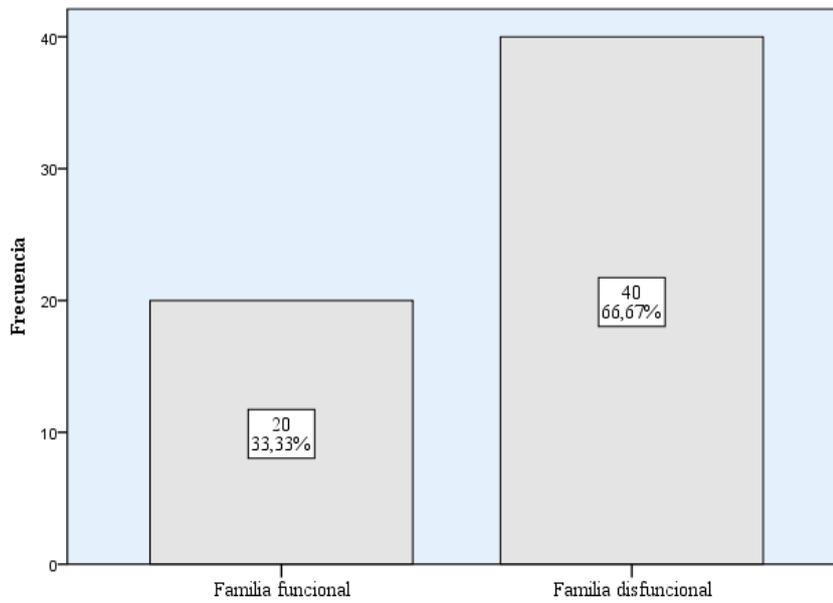
Tabla 4. Factores del cuestionario de dependencia emocional

Factores	Nivel	n	%
Ansiedad de separación	Bajo	7	11,7%
	Medio	10	16,7%
	Alto	43	71,7%
Expresión afectiva de la pareja	Bajo	13	21,7%
	Medio	8	13,3%
	Alto	39	65,0%
Modificación de planes	Bajo	6	10,0%
	Medio	7	11,7%
	Alto	47	78,3%
Miedo a la soledad	Bajo	11	18,3%
	Medio	11	18,3%
	Alto	38	63,3%
Expresión límite	Bajo	11	18,3%
	Medio	15	25,0%
	Alto	34	56,7%
Búsqueda de atención	Bajo	7	11,7%
	Medio	7	11,7%
	Alto	46	76,7%

En la Tabla 4., se puede apreciar que en el factor 1 el 71,7% obtuvo una alta ansiedad de separación. En el factor 2 el 65% refiere una alta expresión afectiva de la pareja. En el factor 3 el 78,3% tiene una alta modificación de planes. En el factor 4 el 63,3% tienen miedo a la soledad. En el factor 5 el 56,7% obtuvo una alta expresión Límite. En el factor 6 el 76,7% tiene una alta búsqueda de atención.

2.2.1.3 Cuestionario de funcionamiento familiar (FF-SIL)

Figura 2. Tipos de familias de los pacientes



En la Figura 2., se puede observar que de las 60 personas evaluadas, el 66,67% corresponde a familias disfuncionales y el 33,33% a familias funcionales.

Dimensiones del cuestionario de funcionalidad familiar FF-SIL

- a. **Cohesión:** En la Tabla 5., se puede observar que el 31,7% pocas veces toman decisiones en conjunto y el 26,7% muchas veces se ayudan mutuamente.

Tabla 5. Distribución de la cohesión familiar

		n	%
Toman decisiones en conjunto	Casi nunca	11	18,3%
	Pocas veces	19	31,7%
	A veces	9	15,0%
	Muchas veces	15	25,0%
	Casi siempre	6	10,0%
Ayuda mutua	Casi nunca	9	15,0%
	Pocas veces	7	11,7%
	A veces	15	25,0%
	Muchas veces	16	26,7%
	Casi siempre	13	21,7%

- b. **Armonía:** En la Tabla 6., se puede apreciar que el 33,3% respondió que pocas veces predomina la armonía y el 26,7% respondió que a veces se respeta los intereses y necesidades de los miembros de la familia.

Tabla 6 Distribución de la armonía familiar

		n	%
Predomina la armonía	Casi nunca	5	8,3%
	Pocas veces	20	33,3%
	A veces	14	23,3%
	Muchas veces	11	18,3%
	Casi siempre	10	16,7%
Respeto de los intereses y necesidades	Casi nunca	14	23,3%
	Pocas veces	14	23,3%
	A veces	16	26,7%
	Muchas veces	9	15,0%
	Casi siempre	7	11,7%

- c. Comunicación:** En la tabla 7., se puede observar que el 30% respondió que a veces existe una expresión clara y una conversación sin temor.

Tabla 7 Distribución de la comunicación familiar

		n	%
Expresión clara	Casi nunca	8	13,3
	Pocas veces	12	20,0
	A veces	18	30,0
	Muchas veces	11	18,3
	Casi siempre	11	18,3
Conversar sin temor	Casi nunca	7	11,7%
	Pocas veces	13	21,7%
	A veces	18	30,0%
	Muchas veces	11	18,3%
	Casi siempre	11	18,3%

- d. Adaptabilidad:** En la Tabla 8., se puede observar que el 26,7% respondió que pocas veces se aceptan los defectos de los demás y el 33,3% respondió que a veces se modifican las costumbres familiares.

Tabla 8 Distribución de adaptabilidad familiar

		n	%
Aceptar los defectos	Casi nunca	11	18,3%
	Pocas veces	16	26,7%
	A veces	14	23,3%
	Muchas veces	12	20,0%
	Casi siempre	7	11,7%
Las costumbres pueden modificarse	Casi nunca	7	11,7
	Pocas veces	18	30,0
	A veces	20	33,3
	Muchas veces	8	13,3
	Casi siempre	7	11,7

- e. **Afectividad:** En la Tabla 9., se observa que el 31,7% de los evaluados respondió que pocas veces existen manifestaciones de cariño y el 30% respondió que a veces se demuestra el afecto que se tienen entre los miembros de la familia.

Tabla 9 Distribución de la afectividad familiar

		n	%
Manifestaciones de cariño	Casi nunca	7	11,7%
	Pocas veces	19	31,7%
	A veces	15	25,0%
	Muchas veces	13	21,7%
	Casi siempre	6	10,0%
Demostración De afecto	Casi nunca	8	13,3%
	Pocas veces	9	15,0%
	A veces	18	30,0%
	Muchas veces	9	15,0%
	Casi siempre	16	26,7%

- f. **Rol:** En la Tabla 10., se puede apreciar que el 31,7% respondió que pocas veces se cumplen las responsabilidades dentro del hogar y el 25% respondió a veces se distribuyen las tareas.

Tabla 10 Distribución del rol familiar

		n	%
Cumplimiento de responsabilidades	Casi nunca	9	15,0
	Pocas veces	19	31,7
	A veces	10	16,7
	Muchas veces	10	16,7
	Casi siempre	12	20,0
Distribución de tareas	Casi nunca	11	18,3
	Pocas veces	13	21,7
	A veces	15	25,0
	Muchas veces	13	21,7
	Casi siempre	8	13,3

- g. Permeabilidad:** En la Tabla 11., se puede observar que el 35% respondió que a veces se toma en consideración las experiencias de otras familias y el 38,3%, respondió que pocas veces buscan ayuda ante situaciones familiares difíciles.

Tabla 11 Distribución de la permeabilidad familiar

		n	%
Experiencias de otras familias	Casi nunca	10	16,7%
	Pocas veces	16	26,7%
	A veces	21	35,0%
	Muchas veces	10	16,7%
	Casi siempre	3	5,0%
Buscar ayuda	Casi nunca	5	8,3%
	Pocas veces	23	38,3%
	A veces	19	31,7%
	Muchas veces	7	11,7%
	Casi siempre	6	10,0%

Comparación entre disfunción familiar y dependencia emocional

Tabla 12. Comparación entre disfunción familiar y dependencia emocional

Dependencia emocional	Tipo de familia	n	%
Baja	Familia funcional	11	18,3%
	Familia disfuncional	1	1,7%
Alta	Familia funcional	9	15,0%
	Familia disfuncional	39	65,0%
	Total	60	100,0%

En la Tabla 12., se puede apreciar que el 65% proviene de una familia disfuncional y tiene dependencia emocional alta.

Relación entre el tipo de droga consumida y la dependencia emocional

Tabla 13. Relación entre el tipo de droga consumida y la dependencia emocional

Tipo de droga consumida	Dependencia emocional					
	Baja		Alta		Total	
	n	%	n	%	n	%
Alcohol	5	18,5%	22	81,5%	27	100,0%
Tabaco	0	0,0%	1	100,0%	1	100,0%
Marihuana	1	25,0%	3	75,0%	4	100,0%
Base de cocaína	1	16,7%	5	83,3%	6	100,0%
Cocaína	0	0,0%	2	100,0%	2	100,0%
Varias sustancias	5	25,0%	15	75,0%	20	100,0%
Total	12	20,0%	48	80,0%	60	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado de Pearson

Tipo de droga consumida	Dependencia emocional	
	Chi-cuadrado	
		1,204
	Df	5
	Sig.	,945 ^{a,b}

Los resultados se basan en filas y columnas no vacías en cada subtabla más interna.

a. Más del 20 % de las casillas de esta subtabla habían previsto recuentos de casillas menores que 5. Los resultados del chi-cuadrado podrían no ser válidos.

b. El recuento de casilla mínimo previsto en esta subtabla es menor que uno. Los resultados del chi-cuadrado podrían no ser válidos.

Dado que el valor $p = .945 > 0.05$. Se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna: No existe relación entre el tipo de droga consumida y la dependencia emocional.

HIPÓTESIS

A mayor disfuncionalidad familiar en drogodependientes mayor dependencia emocional.

Dependencia emocional	Familia funcional		Familia disfuncional		Total	
	n	%	n	%	n	%
Baja	11	55,0%	1	2,5%	12	20,0%
Alta	9	45,0%	39	97,5%	48	80,0%
Total	20	100,0%	40	100,0%	60	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado de Pearson

Dependencia emocional	Tipo de familia	
	Chi-cuadrado	22,969
	Df	1
	Sig.	,000 ^{*,b}

Los resultados se basan en filas y columnas no vacías en cada subtabla más interna.

*. El estadístico de chi-cuadrado es significativo en el nivel ,05.

b. Más del 20 % de las casillas de esta subtabla habían previsto recuentos de casillas menores que

5. Los resultados del chi-cuadrado podrían no ser válidos.

Dado el valor de $p = .000 < 0.05$. Se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna: “A mayor disfuncionalidad familiar en drogodependientes mayor dependencia emocional”, comprobándose que existe relación entre estas dos variables.

CAPÍTULO III

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Una vez expuestos los resultados con sus respectivas tablas y gráficos, se aclara y se contrastan los resultados obtenidos tanto con los antecedentes teóricos como con los objetivos propuestos para la investigación.

Se analizarán los datos referentes a las variables demográficas. La mayoría de los participantes corresponde al grupo de edad de 18 a 25 años, es decir un 41,7%. El 66,7% de los participantes tienen un estrato socioeconómico medio. El 71,7% tienen un nivel académico básico. El 51,7% son solteros y el 53,3% tienen pareja. El 50% de los participantes tienen hijos. Datos similares se obtuvieron en una investigación realizada por Patiño y Placencia, en relación a las variables demográficas.

En la muestra destaca que el 45% consume alcohol, estudios realizados por Rubio (2015), sobre el consumo de drogas indican que entre las drogas más consumidas se encuentran el alcohol y tabaco. De igual manera en este estudio se puede resaltar que la edad de inicio del consumo se da en la etapa de la adolescencia aproximadamente entre las edades de 15 y 17 años. Datos similares se obtuvieron en el presente estudio, la edad del inicio del consumo se encuentra entre los 12 a 15 años (63,4%). De modo semejante a nuestra investigación, en un estudio realizado por Alonso, Yañez y Armendáriz (2017), obtuvieron como resultado que la edad promedio de inicio del consumo es de 11,9 años.

Funcionalidad familiar de los pacientes

El primer objetivo, consiste en: Identificar la funcionalidad familiar de los pacientes. De las personas evaluadas el 66,67% corresponde a familias disfuncionales y el 33,33% a familias funcionales. Tal como lo resalta estudios realizados por Rosas (2014), sobre la percepción familiar de los sujetos drogodependientes, se afirma que sí existe relación entre la disfuncionalidad familiar y el consumo de drogas, tal como lo indica el presente estudio.

En nuestros pacientes la cohesión se encuentra alterada, de igual manera la comunicación y la afectividad. No demuestran sentimientos y emociones positivas, estudios como el de Tigrero (2017), indica que las características más relevantes de una familia disfuncional son: la cohesión afectada, comunicación agresiva y carencia afectiva. En una

investigación realizada por Narváez y Castro, obtuvieron datos similares en relación a problemas de unión familiar y dificultades en la comunicación, dimensiones que se encuentran alteradas en nuestro estudio.

Dependencia emocional de los pacientes

El segundo objetivo, consiste en: Analizar si existe dependencia emocional de los pacientes con drogodependencia. El 80% de los evaluados tiene dependencia emocional alta. Según un estudio realizado por la Fundación Internacional Espiral sobre la dependencia emocional, obtuvo como resultado que el 75% son mujeres, sin embargo, existe una incidencia de un 10% en la población masculina, demostrando que cada vez se observan más de estas conductas patológicas en dicha población (Vazquez, 2010).

En la presente investigación se obtuvo como resultado que el 76,7% buscan la atención de su pareja. Datos similares se obtuvieron en una investigación realizada en México, referente a que los hombres buscan más la atención de su pareja (Laca & Mejía, 2017). Datos diferentes se obtuvieron en relación a los factores sobresalientes de la dependencia emocional, ya que en la investigación resalta que los hombres presentan más ansiedad de separación, según nuestros hallazgos el 78,3% han creado una modificación de planes. La búsqueda de atención y la modificación de planes son rasgos llamativos que deben ser analizados de forma paralela al apego y otras áreas de relacionamiento.

Los participantes tienen una alta modificación de planes, perciben las relaciones de pareja como fundamentales, muestran conductas de desconfianza y por compensar sus carencias afectivas experimentan ansiedad. Esto concuerda con estudios realizados por Londoño (2007), el cual destaca estas características con la creencia principal del trastorno de personalidad paranoide, que se manifiesta por los siguientes comportamientos: ser celoso, estar a la defensiva con el objetivo de evitar la manipulación de los demás (Lemos, Jaller, González, Díaz, & Ossa, 2012).

Relación entre el tipo de droga y la dependencia emocional

El tercer objetivo se centra en determinar la relación del tipo de droga y la dependencia emocional.

En nuestra investigación se evidencia que no existe relación entre el tipo de droga consumida y la dependencia emocional, a diferencia de Hernández (2016), quien indicó la relación entre estas dos variables. Consideramos que esta diferencia se da, quizás, por la variación de la muestra, que debería ser ampliada en futuras investigaciones.

Disfunción familiar y dependencia emocional

El cuarto objetivo: Comparar la disfunción familiar respecto a la dependencia emocional en los varones drogodependientes. El 65% proviene de una familia disfuncional y tiene dependencia emocional alta. La investigación realizada sobre relaciones intrafamiliares y dependencia emocional, obtuvo como resultados que el 25,7% evidencia relaciones intrafamiliares disfuncionales y presenta dependencia emocional (Mallma, 2016).

Conclusiones

De acuerdo con el análisis que hemos sometido los resultados del estudio y algunos aspectos recogidos del marco teórico, hemos determinado las siguientes conclusiones:

- La mayoría de pacientes de la Comunidad Terapéutica “CENTERAVID” que han participado en la realización de los cuestionarios son dependientes emocionales y provienen de familias disfuncionales. También, podemos confirmar que la droga más consumida es el alcohol.
- Las variables sobre dependencia emocional que comparten los participantes son: ansiedad de separación, modificación de planes y búsqueda de atención.
- Las dimensiones de la disfuncionalidad familiar se relacionan con: baja cohesión, pocas veces se respetan los intereses de la familia, no existe una adecuada comunicación, a veces realizan cambios en el sistema familiar, pocas veces cumplen con los roles asignados por su familia y pocas veces comparten sus experiencias con otras familias.

- Aunque no existe relación entre el tipo de droga consumida y la dependencia emocional, si existe relación entre disfunción familiar y dependencia emocional.
- Corroboramos que la mayoría de encuestados tienen pareja actual, con lo cual se puede afirmar, que existe esa necesidad de contar con alguien significativo en su vida.

Para finalizar, podemos concluir argumentando que la realización de esta investigación ha aportado a quien lo suscribe, una comprensión más profunda acerca de la dependencia emocional y la funcionalidad familiar, puesto que hemos visto claramente como existe en el ser humano la necesidad de contar con una persona significativa (esta puede ser un familiar, pareja o un amigo/a, etc.). También permitió obtener conocimientos acerca de las drogodependencias.

Recomendaciones

- En lo referente a la funcionalidad familiar, se debe establecer un proceso terapéutico con un enfoque sistémico, cuyo objetivo se centre en mejorar los factores del sistema familiar disfuncional, los cuales son: redefinir roles, asignar responsabilidades, construir vínculos afectivos seguros y mejorar los canales de comunicación.
- Construir talleres psicoterapéuticos sobre dependencia emocional y funcionalidad familiar, dirigido tanto al personal, a la familia como a los pacientes para prevenir situaciones de riesgo.
- Elaborar talleres sobre inteligencia emocional y manejo de conflictos.
- Establecer un protocolo terapéutico de atención y aplicación centrada en el tratamiento de los elementos de búsqueda de atención, modificación de planes y ansiedad de separación predominantes en la población estudiada.
- Realizar más estudios sobre funcionalidad familiar en pacientes drogodependientes.
- Ampliar la muestra para futuras investigaciones.

5. Biografía

- Aguilera, R., & Llerena, A. (2015). Dependencia emocional y vínculos afectivos en estudiantes de la carrera de psicología clínica de la universidad nacional de chimborazo, periodo noviembre 2014 - abril 2015 (tesis pregrado). Universidad Nacional de Chimborazo, Riobamba, Ecuador.
- Aiquipa, J. (2015). Dependencia emocional en mujeres víctimas de violencia de pareja. *Revista de Psicología (PUCP)*, 33(2), 411-437.
- Alonso, M., Yañez, A., & Armendáriz, N. (2017). Funcionalidad familiar y consumo de alcohol en adolescentes de secundaria. *Revista Salud y drogas*, 17(1), 87-96.
- Álvaro, J., & Zurita, F. (2014). Repercusión del tabaco y alcohol sobre factores académicos y familiares en adolescentes. *Revista Health and Addictions*, 14(1), 59-70.
- Ardavín, A. (1994). *Adolescencia y Personalidad*. México: Trillas.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: 4ª edición.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5°)* (5° Edición ed.). Arlington: Editorial Panamericana.
- Barrionuevo, J. (2017). Adicciones; drogadicción y alcoholismo en la adolescencia (tesis pregrado). Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires , Argentina.
- Bowlby, J. (1977). La formación y ruptura de vínculos afectivos. *Revista British de Psiquiatría*, 130(3), 201-210.
- Briceño, E. (2014). Estilos de apego y amor en mujeres y hombres con relaciones violentas de pareja (tesis pregrado). Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, México.
- Buela, G., Ríos, L., & Carrasco, T. (1997). *Psicología Preventiva: Avances recientes en técnicas y programas de prevención* (1° ed.). Madrid: Pirámide.

- Castelló, J. (15 de Marzo de 2000). Análisis del concepto "Dependencia Emocional". *El portal del mundo de la psicología*, 1-22.
- Castelló, J. (2001). Análisis del concepto de Dependencia emocional. *I Congreso Virtual de Psiquiatría*, 6, 52.
- Espinoza, Y. (2015). Estudio sobre la disfuncionalidad familiar y su Incidencia en el aprendizaje de los niños y niñas de primero y segundo año de educación primaria de la Escuela Sagrado Corazón de Jesús de Tulcán (tesis pregrado). Escuela Politécnica Nacional, Quito, Ecuador.
- Gómez, E., & Villa, V. (2014). Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. *Revista Justicia Juris*, 10(1), 11-20.
- González, B. (2000). Reflexiones acerca de la salud familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 5, 508-512.
- Hernández, E. (2016). Dependencia emocional en las relaciones de pareja de los/las adolescentes de Puerto de la Cruz (tesis de pregrado). Universidad de La Laguna, Tenerife, España.
- Hernández, M., Mayrén, J., Ruíz, A., & Vargas, M. (2014). Funcionamiento familiar de consumidores de sustancias adictivas con y sin conducta delictiva. *Revista Liberabit*, 20(1), 109-117.
- Herrera, P. (1997). La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. *Revista Cubana Med Gen Integr*, 13(6), 591-595.
- Jeammet, P. (2004). La actualidad del actuar: a propósito de la adolescencia. *Actes (Gallimard)*, 13, 201-222.
- Laca, F., & Mejía, J. (2017). Dependencia emocional, consciencia del presente y estilos de comunicación en situaciones de conflicto con la pareja. *Revista Enseñanza e Investigación en Psicología*, 22(1), 66-75.
- Lemos, M., Jaller, C., González, A., Díaz, Z., & Ossa, D. (2012). Perfil cognitivo de la dependencia emocional en estudiantes universitarios en Medellín, Colombia. *Revista Universitas Psychologica*, 11(2), 395-404.
- Lewis, T. (1974). *La vida de la célula: Notas de un observador de biología*. Nueva York: Bantam.

- López, I. (2007). *Guía sobre el enfoque de género en la intervención social*. España: PerdeDÓS.
- Mallma, N. (2016). Relaciones intrafamiliares de dependencia emocional en estudiantes de psicología de un centro de formación superior. *Acta psicológica Peruana*, 1(1), 107-124.
- Massa, J., Pat, Y., Keb, R., Canto, M., & Carvajal, N. (2011). La definición de amor y dependencia emocional en adolescentes de Mérida, Yucatán. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14(3), 176-193.
- Minuchin, S., & Fishman, C. (1997). *Técnicas de terapia familia*. Barcelona: Paidós.
- Minuchin, S., & Fishman, H. (2004). *Técnicas de terapia familiar* (1° ed.). Buenos Aires: Paidós SAICF.
- Moral, M., Villa, M., & Sirvent, C. (2009). Dependencia afectiva y género: perfil sintomático diferencial en dependientes afectivos españoles. *Revista Interamericana de Psicología*, 43(2), 230-240.
- Moreno, J., Echavarría, K., Pardo, A., & Quiñones, Y. (2014). Funcionalidad Familiar, conductas internalizadas y rendimiento académico en un grupo de adolescentes de la ciudad de Bogotá. *Revista Psychologia. Avances de la Disciplina*, 8(2), 37-46. Obtenido de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1900-23862014000200004&lng=en&nrm=iso&tlng=es
- Muñoz, Z. (2016). Estilos de socialización parental y dependencia emocional en mujeres de 16 a 17 años de edad en instituciones educativas nacionales de Lima. *Revista PsiqueMag*, 4(1), 81-101.
- Narváez, V., & Castro, F. (2017). Relaciones intrafamiliares en pacientes que padecen trastorno de dependencia por consumo de sustancias en la Comunidad Terapéutica "DOCE PASOS" de Cuenca. *Revista Electrónica de Psicología Iztacalaca*, 20(3), 83-104.
- Ninabanda, M., & Valdez, A. (2018). Hogares disfuncionales y afectividad en los estudiantes de la Unidad Educativa "Amelia Gallegos" Riobamba. Octubre 2017-Marzo 2018 (tesis pregrado). Universidad Nacional de Chimborazo, Riobamba, Ecuador.

- Núñez, G., & Barros, Z. (2009). Evaluación de la salud de las familias del barrio don Atilo de la ciudad de Salto, aplicado el instrumento de Isabel Louro. *Revista Uruguaya de enfermería*, 4(2), 36-44.
- OMS. (1992). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*. Madrid: C/ Rafael Salgado.
- Patiño, T., & Placencia, A. (2017). Factores que influyen en el consumo de sustancias psicoactivas en los usuarios de los centros de rehabilitación CENTERAVID y CETAD Cuenca (tesis pregrado). Universidad de Cuenca, Cuenca, Ecuador.
- Pérez, A., & Reinoza, M. (2011). El educador y la familia disfuncional. *Revista Educere*, 15(52), 629-634.
- Real Academia Española. (2014). *Diccionario de la lengua española*. 23°. España: RAE.
- Rodríguez, I. (2013). La dependencia emocional en las relaciones interpersonales. *Revista electrónica de investigación Docencia Creativa*, 2(19), 143-148.
- Rodríguez, M. (2013). La autonomía emocional. *Revista de Claseshistoria*, 5(2), 1-12.
- Rosas, B. (2014). Percepción de los vínculos parentales y funcionamiento familiar en sujetos drogodependientes. Un recurso a explorar en el proceso de rehabilitación. *Revista PsiqueMag*, 3(1), 82-101.
- Rubio, A. (2015). Consumo de alcohol y contextos de desarrollo en la adolescencia (tesis doctoral). Universidad de Huelva, Huelva, España.
- Ruiz, A., Hernández, M., Mayrén, P., & Vargas, M. (2014). Funcionamiento familiar de consumidores de sustancias adictivas con y sin conducta delictiva. *Revista Liberabit*, 20(1), 109-117.
- Salazar, I., & Quintero, M. (2004). El consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, como parte del estilo de vida de jóvenes Universitarios. *Revista Colombiana de Psicología*, 5(3), 74-89.
- Sánchez, H. (2016). Los estilos de apego en mujeres con y sin violencia conyugal. *Revista de Investigación en Psicología*, 19(1), 35-49.

- Santamaría, J., Merino, L., Montero, E., Cano, M., Fernández, T., Cubero, P., . . . González, V. (2015). Perfil psicopatológico de pacientes con Dependencia Emocional. *Revista Iberoamericana de Psicopatología*(116), 36-46.
- Silbato, F., & Salamanca, J. (2015). Factores asociados a ideación suicida en universitarios. *Psychologia: Avances de la disciplina*, 9(1), 71-81.
- Tigrero, L. (2017). Conflictos familiares y su influencia en el consumo de drogas en adolescentes de 11 a 17 años (tesis de pregrado). Universidad de Guayaquil, Guayaquil, Ecuador.
- Vazquez, L. (2010). *BelloMagazine*. Obtenido de BelloMagazine: <https://www.bellomagazine.com/es/psicologia/dependencia-emocional-masculina>
- Vélez, C., & Betancurth, D. (2014). Funcionalidad familiar y dimensiones afectivas en adolescentes escolarizados Caldas-Colombia. *Revista Investigación Andina*, 18(33), 1751-1766.
- Villalobos, C. (2014). La afectividad en el aula preescolar: Reflexiones desde la práctica profesional docente. *Revista Electrónica Educare*, 18(1), 303-314.
- Yepes, R. (1996). *Fundamentos de Antropología. Un ideal de la excelencia humana*. España: EUNSA.
- Zavaleta, M., & Echeverri, P. (2014). Interacciones vinculares en el sistema de cuidado infantil. Zavaleta, M. T. M., & Echeverri, P. G. (2014). *Interacciones vinculares en el sistema de cuidado infantil*. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 12(1), 121-139.

6. Anexos

Anexo 1. Cuestionario de funcionamiento familiar (FF-SIL)

A continuación se presentan situaciones que pueden ocurrir en su familia. Usted debe marcar con una x en la casilla que le corresponda a su respuesta, según la frecuencia en que la situación se presente.

		Casi nunca (1)	Pocas veces (2)	A veces (3)	Muchas veces (4)	Casi siempre (5)
1	De conjunto, se toman decisiones para cosas importantes de la familia					
2	En mi casa predomina la armonía.					
3	En mi casa cada uno cumple responsabilidades.					
4	Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.					
5	Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.					
6	Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.					
7	Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles.					
8	Cuando alguno de la familia tiene problema, los demás lo ayudan.					
9	Se distribuyen las tareas de forma que nadie este sobrecargado					
10	Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.					
11	Podemos conversar diversos temas sin temor.					
12	Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas					
13	Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.					
14	Nos demostramos el cariño que nos tenemos.					

Anexo 2. Cuestionario de dependencia emocional

CDE (Lemos, M. y Londoño, N.H.; 2006)

Instrucciones:

Enumeradas aquí, usted encontrará unas afirmaciones que una persona podría usar para describirse a sí misma con respecto a sus relaciones de pareja. Por favor, lea cada frase y decida qué tan bien lo(a) describe. Cuando no esté seguro(a), base su respuesta en lo que usted siente, no en lo que usted piense que es correcto.

Elija el puntaje más alto de 1 a 6 que mejor lo(a) describa según la siguiente escala:

	1	2	3	4	5	6
	Completamente falso de mí	La mayor parte falso de mí	Ligeramente más verdadero que falso	Moderadamente verdadero de mí	La mayor parte verdadero de mí	Me describe perfectamente
1	Me siento desamparado cuando estoy solo					1 2 3 4 5 6
2	Me preocupa la idea de ser abandonado por mi pareja					1 2 3 4 5 6
3	Para atraer a mi pareja busco deslumbrarla o divertirla					1 2 3 4 5 6
4	Hago todo lo posible por ser el centro de atención en la vida de mi pareja					1 2 3 4 5 6
5	Necesito constantemente expresiones de afecto de mi pareja					1 2 3 4 5 6
7	Si mi pareja no llama o aparece a la hora acordada me angustia pensar que está enojada conmigo					1 2 3 4 5 6
8	Cuando mi pareja debe ausentarse por algunos días me siento angustiado					1 2 3 4 5 6
9	Cuando discuto con mi pareja me preocupa que deje de quererme					1 2 3 4 5 6
10	He amenazado con hacerme daño para que mi pareja no me deje					1 2 3 4 5 6
11	Soy alguien necesitado y débil					1 2 3 4 5 6
12	Necesito demasiado que mi pareja sea expresiva conmigo					1 2 3 4 5 6
13	Necesito tener a una persona para quien yo sea más especial que los demás					1 2 3 4 5 6
14	Cuando tengo una discusión con mi pareja me siento vacío					1 2 3 4 5 6
15	Me siento muy mal si mi pareja no me expresa constantemente el afecto					1 2 3 4 5 6
16	Siento temor a que mi pareja me abandone					1 2 3 4 5 6
17	Si mi pareja me propone un programa dejo todas las actividades que tenga para estar con ella					1 2 3 4 5 6
18	Si desconozco donde está mi pareja me siento intranquilo					1 2 3 4 5 6
19	Siento una fuerte sensación de vacío cuando estoy solo					1 2 3 4 5 6
20	No tolero la soledad					1 2 3 4 5 6
21	Soy capaz de hacer cosas temerarias, hasta arriesgar mi vida, por conservar el amor del otro					1 2 3 4 5 6
22	Si tengo planes y mi pareja aparece los cambio sólo por estar con ella					1 2 3 4 5 6
23	Me alejo demasiado de mis amigos cuando tengo una relación de pareja					1 2 3 4 5 6
24	Me divierto solo cuando estoy con mi pareja					1 2 3 4 5 6

Anexo 3: Operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
DEMOGRÁFICAS	Estudio de las características sociales que describen a la población y variaciones.	<p>Edad</p> <p>Estrato socio económico</p> <p>Nivel académico</p> <p>Estado civil</p> <p>Número de hijos</p> <p>Pareja actual</p> <p>Tiempo de relación</p> <p>Edad aproximada del inicio del consumo</p>	<p>Años cumplidos por el participante.</p> <p>Nivel económico</p> <p>Años de estudio</p> <p>Con pareja, sin pareja</p> <p>Hijos que tiene</p> <p>Tiene o no pareja</p> <p>Expresada en meses o años</p> <p>Edad que probó por primera vez una droga</p>	<p>18 – 65 años</p> <p>Bajo, medio, alto</p> <p>Primaria, básica y superior</p> <p>Soltero, casado o unión libre, divorciado, viudo.</p> <p>Sí o No</p> <p>De 0 meses a más de 11 años</p> <p>Edad de inicio del consumo</p>

		Droga consumida	Droga de preferencia.	Alcohol, tabaco, marihuana, base de cocaína, cocaína, varias sustancias.
DEPENDENCIA EMOCIONAL	Patrón persistente de necesidades emocionales insatisfechas que se intenta cubrir de una manera des-adapta con otras personas.	Necesidades emocionales insatisfechas	CDE	Alto (Puntuación entre 18-25) Medio (Puntuación entre 12- 17) Bajo (Puntuación entre 6-12)
FUNCIONALIDAD FAMILIAR	Conjunto de relaciones interpersonales que se generan en el interior de cada familia y que confieren identidad propia.	Relaciones interpersonales	FF-SIL	Familia funcional: 57 a 70 puntos. Familia moderadamente funcional: 43 a 56 puntos. Familia disfuncional: 28 a 42 puntos. Familia severamente disfuncional 14 a 27 puntos.